

## Инструкции по заполнению формы заявки на благотворительную/финансовую помощь

Это заявление на финансовую помощь (также известную как благотворительная помощь) в Providence.

**Федеральное законодательство и законы штата требуют, чтобы все больницы предоставляли финансовую помощь** людям и семьям, которые соответствуют определенным требованиям к уровню дохода. Вы можете претендовать на бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой в зависимости от размера вашей семьи и дохода, даже если у вас есть медицинская страховка. Чтобы ознакомиться с нашей политикой финансовой помощи и указаниями по скользящей шкале, перейдите на веб-сайт штата, в котором вы проживаете, по адресу <https://www.providence.org/obp>.

**Что покрывает финансовая помощь?** Медицинская финансовая помощь покрывает необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые одной из наших больниц или клиник нашей группы компаний, в зависимости от наличия у вас соответствующего права. Финансовая помощь может не покрывать все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

**Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь с заполнением этого заявления:** Наши правила финансовой помощи, информация о программах и материалы заявки доступны на нашем веб-сайте или по телефону. Вы можете получить любую помощь, включая помощь в связи с особыми потребностями или языковую помощь. Переведенные письменные документы доступны по запросу. Связь с нами: <https://www.providence.org/obp>

Представители службы поддержки: 503-215-7575 или 855-229-6466

Пн-Пт, 8:00 — 17:00

Для того, чтобы ваша заявка была обработана:

- Предоставьте нам информацию о своей семье**  
Укажите количество членов семьи в вашем домашнем хозяйстве (семья включает проживающих вместе людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением)
- Предоставьте нам информацию о валовом ежемесячном доходе вашей семьи (доход до вычета налогов и прочих удержаний), включая платежные квитанции, формы W-2, налоговые декларации, письма о выплатах по социальному обеспечению и отчеты о доходах, полученных от активов, а также задекларируйте и предоставьте документацию об активах.<sup>1</sup>**  
(больше примеров см. в разделе "Доход", в котором изложено заявление о финансовой помощи)
- При необходимости приложите дополнительную информацию**
- Поставьте подпись и дату в форме заявки на финансовую помощь**

**Примечание: Вам не нужно указывать номер социального страхования, чтобы подать заявку на финансовую помощь.** Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, то он может быть использован для вашей идентификации или проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, отметьте «неприменимо» или «Н/П».

<sup>1</sup> За исключением случаев, когда это может быть запрещено законодательством штата, Providence будет собирать и рассматривать информацию, касающуюся активов, в соответствии с требованиями Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) для составления отчетов о расходах Medicare.



**Отправьте заполненное заявление со всей документацией по адресу:** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. Обязательно сохраните копию для себя.

**Чтобы подать заполненную заявку лично:** Отнесите в ближайший офис финансового консультанта больницы. Мы уведомим вас об окончательном определении права на получение финансовой помощи и прав на апелляцию, если это применимо, в течение 14–30 дней после получения полного заявления на финансовую помощь, включая документацию о доходах.

Подавая заявление на финансовую помощь, вы даете свое согласие на то, чтобы мы подали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

**Мы хотим помочь. Просим в оперативном порядке подать заявление. Вы можете продолжать получать счета до тех пор, пока мы не получим ваше заполненное заявление и необходимую документацию, если это не запрещено законами вашего штата о благотворительной помощи.**

**Форма заявки на благотворительную помощь/финансовую помощь (конфиденциально)**

Просим указывать исчерпывающую информацию. Если это не применимо, напишите "Н/П". При необходимости приложите дополнительные страницы.

**СКРИНИНГОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Вам нужен переводчик?  Да  Нет Если вы отметили "Да", укажите предпочтительный язык:

Подали ли пациент заявление на Medicaid?  Да  Нет Пациент страдает слепотой?  Да  Нет Является ли пациент инвалидом?  Да  Нет

Получает ли пациент государственные услуги в штате в рамках таких программ как временная помощь для нуждающихся семей (TANF), Basic Food или ЖМД (WIC)?  Да  Нет

Является ли пациент в настоящее время бездомным?  Да  Нет

Связана ли потребность пациента в медицинской помощи с автомобильной аварией или производственной травмой?  Да  Нет

**ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ**

- Мы не можем гарантировать вам право на получение финансовой помощи, даже если вы подадите заявку.
- После того, как вы отправите заявку, мы можем проверить всю информацию и запросить дополнительную информацию или подтверждение источника дохода.
- В течение 14–30 дней после того, как мы получим ваше заполненное заявление и документацию, мы сообщим вам о своем решении.

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И ЗАЯВИТЕЛЕ**

Имя пациента		Отчество пациента		Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Иное (укажите _____)		Дата рождения		Номер социального страхования пациента (необязательно)	
Лицо, ответственное за оплату счета		Кем приходится пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно)	
Почтовый адрес				Основной(-ые) контактный(-ые) номер(-а)	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
_____				Адрес эл. почты:	
_____				_____	
Почтовый индекс города		штата			

Статус занятости лица, ответственного за оплату счета

Трудоустроен (дата найма): \_\_\_\_\_  Безработный (как долго безработный): \_\_\_\_\_

Самозанятость  Студент  Инвалид  Пенсионер  Другое \_\_\_\_\_

### ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Перечислите членов вашей семьи, включая себя. «Семья» предполагает проживающих вместе людей, связанных кровным родством, браком или усыновлением.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** \_\_\_\_\_

*При необходимости приложите дополнительные страницы*

Ф.И.О.	Дата рождения	Кем приходится пациенту	Для лиц в возрасте 18 лет и старше: Работодатель(-и) или источник дохода	Для лиц в возрасте 18 лет и старше: Общий ежемесячный доход брутто (до вычета налогов):	Также подаете заявление на финансовую помощь?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

**Необходимо указать доход всех взрослых членов семьи. К источниками дохода, помимо прочего, относятся:**

Заработная плата-Пособие по безработице-Доход от самозанятости-Компенсация работника-Пособие по инвалидности-Дополнительный социальный доход-Алименты ребенка/супруга-Рабочие программы во время учебы (студенты)- Доход, полученный от активов, например, акций, облигаций, личного пенсионного счета, взаимных фондов, дохода от аренды и т. д.

Форма заявки на благотворительную помощь/финансовую помощь (конфиденциально)

**ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ**

**ПОМНИТЕ:** К заявлению необходимо приложить подтверждение дохода.

Вы должны предоставить информацию о доходах своей семьи. Для определения финансовой помощи требуется подтверждение дохода. Все члены семьи в возрасте 18 лет и старше должны раскрывать свой доход. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать подписанное письменное заявление с указанием вашего дохода. Пожалуйста, предоставьте доказательства для каждого указанного источника дохода.

**Примеры источника дохода:**

- Отчет об удержании "W-2"; или
- Текущие платежные квитанции (3 месяца); или
- Декларация о подоходном налоге за прошлый год с приложениями, если применимо; или
- Подписанные письменные заявления от работодателей или других лиц;
- Отчеты о доходах, полученных от активов (акции, облигации, индивидуальный пенсионный счет, взаимные фонды и т. д.);
- Одобрение/отказ в пособии по безработице.

Если у вас нет подтверждения или самого дохода, пожалуйста, приложите дополнительную страницу с объяснением.

**ИНФОРМАЦИЯ О РАСХОДАХ**

*Мы используем эту информацию, чтобы получить более полное представление о вашем финансовом положении.*

Ежемесячные расходы на жизнеобеспечение:

Аренда/ипотека (долл. США) \_\_\_\_\_ Медицинские расходы (долл. США) \_\_\_\_\_  
 Премии по медицинскому страхованию (долл. США) \_\_\_\_\_ Коммунальные услуги (долл. США) \_\_\_\_\_  
 Прочие долги/расходы (долл. США) \_\_\_\_\_ (алименты, кредиты, лекарства, прочее)

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ**

*Эта информация может использоваться только в соответствии с нашей политикой и постановлениями штата, в котором вы получали лечение; данная информация собирается и рассматривается в соответствии с требованиями Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) для отчетности о расходах Medicare.*

Остаток на текущем чековом счете  
\$ \_\_\_\_\_

Остаток на текущем  
сберегательном счете  
\$ \_\_\_\_\_

Есть ли у вашей семьи другие активы? **Отметьте все подходящие варианты**

- Облигации    Долговые инструменты    401K    Медицинский сберегательный счет    Траст(-ы)  
 Собственность (за исключением основного места проживания)    Владение бизнесом

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Пожалуйста, приложите дополнительную страницу, если имеется другая информация о вашем текущем финансовом положении, которую вы хотели бы нам сообщить, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонный или временный доход или личные потери.

**ДОГОВОР С ПАЦИЕНТОМ**

Я понимаю, что Providence может проверять информацию путем изучения кредитной информации и получения информации из других источников, чтобы помочь в определении права на получение финансовой помощи или планов оплаты.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что если финансовая информация, которую я предоставляю, будет признана ложной, это может привести к отказу в предоставлении финансовой помощи, и я могу быть привлечен(-а) к ответственности за предоставленные услуги и буду обязан их компенсировать.

---

Подпись заявителя

---

Дата